In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful













Cours aux étudiants en médecine (5éme année)
Service de Gynécologie Obstétrique C.H.U Mustapha
Du Pr B.ADDAD
Dr MADJENE

Année universitaire 2015/2016

La contraction utérine normale et ses anomalies

I/INTRODUCTION

Définition de l'accouchement

Il est défini par l'ensemble des événements qui concourent à la naissance d'un nouveau-né et à l'expulsion des annexes (membranes et placenta), au delà de 22 semaine d'aménorrhée (SA), seuil de viabilité du foetus.

II/Généralités :

Pour qu'un accouchement se produise, il est nécessaire que soient mis en présence :

- Un moteur : l'activité utérine ;
- Un mobile : la présentation foetale qui est dans 95 % des cas la tête ;
- Des obstacles : le col utérin et un défilé osseux (le bassin maternel).

L'accouchement comprend trois périodes ou phases :

- Effacement et dilatation du col utérin ;
- Progression et expulsion du foetus ;
- Délivrance (expulsion des annexes).

Sous l'effet des contractions utérines, le col utérin va s'effacer et s'ouvrir : l'obstacle ainsi levé, le mobile foetal va pouvoir être expulsé de l'utérus, s'engager dans le bassin maternel, y progresser afin de parvenir puis de franchir le périnée ; Dans les trente minutes suivant la naissance, d'autres contractions utérines vont permettre le décollement du placenta de l'utérus afin qu'il soit expulsé hors de la filière pelvienne.

Un accouchement est **prématuré** lorsqu'il survient avant la 37ème SA.
Il est **naturel (ou physiologique)** s'il se déroule en l'absence de toute thérapeutique, respectant ainsi sa physiologie. À l'inverse un accouchement se déroulant à l'aide de thérapeutique (rupture artificielle de la poche des eaux, perfusion d'ocytociques…) est **dirigé**.
Il est **eutocique (ou normal voire encore spontané)** lorsqu'il se déroule par **voie basse** (par la filière génitale) et sans aucune manoeuvre ni instrumentation.
Un accouchement par **voie basse** (voies naturelles) peut-être eutocique ou instrumental (forceps ou ventouse).

Le diagnostic du travail, se fait sur la présence de contractions utérines régulières et douloureuses accompagnées d'une modification du col utérin.
Ces contractions peuvent être précédées (de quelques heures à quelques jours avant le début du travail) ou accompagnées de la perte du bouchon muqueux : glaires visqueuses et sanglantes obturant l'orifice cervical.

III/ LES CONTRACTIONS UTÉRINES

1 /CARACTÉRISTIQUES BIOCHIMIQUES DES CONTRACTIONS UTÉRINES

La contraction de la cellule musculaire lisse utérine résulte du jeu des protéines contractiles constitutives de cette cellule : actine et myosine, grâce à la libération d'énergie fournie de l'Adénosine Tri Phosphate (adénosine triphosphate) en présence d'ions Na^{+}, K^{+}, Ca^{++} surtout qui serait mobilisé par les prostaglandines. La phosphorylation du complexe actine-myosine est régulée par un système enzymatique faisant intervenir une phosphorylase et une phosphatase.

L'ocytocine, hormone polypeptidique, élaborée par la post-hypophyse stimule la contraction de la fibre musculaire lisse utérine.

D'autres hormones jouent un rôle sur les propriétés de la fibre musculaire lisse utérine :

- Les œstrogènes qui rendent la fibre excitable et conductible,
- La progestérone qui bloquerait la conductibilité des fibres musculaires utérines.

2 /CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES DES CONTRACTIONS UTÉRINES PENDANT LE TRAVAIL

Elles sont dues à l'activité du myomètre qui est composé de fibres musculaires lisses, de tissu conjonctif et de nombreux vaisseaux. Elles correspondent aux contractions des fibres élastiques.

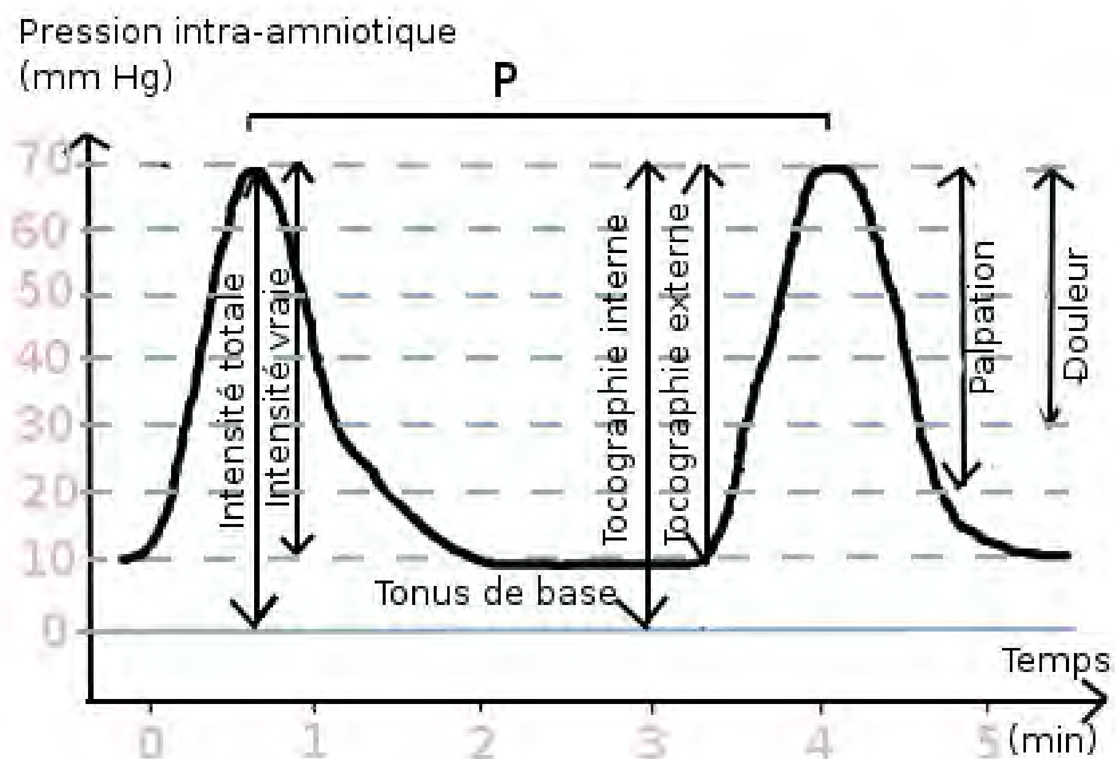
Elles sont :

- ***Involontaires***
- ***Intermittentes et rythmées*** : entre les contractions, l'utérus se relâche. La pression enregistrée pendant cette phase définit le tonus de base ;
- ***Progressives*** *dans leur durée et leur intensité* : elles surviennent toutes les 15 à 20 minutes et durent de 15 à 20 secondes en tout début de travail. Elles surviennent toutes les 2 à 3 minutes et durent 30 à 45 secondes à la fin de la première phase de travail. Leur intensité augmente au cours du travail.
- ***Douloureuses*** : la douleur ne se manifeste qu'après une certaine durée de la contraction et se termine avant la fin de celle ci. L'intensité de la douleur est sujette à des variations individuelles. Elle augmente avec la progression du travail et est majorée par la crainte et l'angoisse (utilité de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité). Elle est le plus souvent abdominale et pelvienne, mais peut également être ressentie dans la région lombaire, notamment dans le cas des variétés postérieures. La pression à partir de laquelle la douleur apparaît définit le **seuil de Polaillon**.
- ***Totales*** *:* elles intéressent tout l'utérus.
- **Séparées de phases de repos intercalaire.**

Pour le diagnostic du travail, il faudra distinguer les contractions utérines de « travail» des Contraction Utérine de Braxton-Hicks. Celles-ci peuvent s'observer dès 20 SA et devenir douloureuses au cours du dernier mois de grossesse. Elles sont responsables du « faux travail ».
L'étude de la pression intra-amniotique au cours d'une contraction utérine permet de mettre
en évidence :

- Une phase ascendante rapide,
- Une phase descendante plus longue qui ramène la pression au niveau du tonus de base.

Schéma: La contraction utérine



Elles se définissent donc par

- Le **tonus de base**
- L'**intensité**
- La **fréquence ou rythme**

- La **durée**
- Et le **relâchement utérin**

Le tonus de base est inférieur à 20 mm Hg (en moyenne de 10 à 18 mm Hg). Il objective l'activité permanente du muscle utérin. Il est la traduction graphique du repos clinique de l'utérus.
La pression maximale atteinte par la contraction définit son intensité. Celle-ci varie au cours du travail ; elle est de 35 à 50 mm Hg à 3-4 cm de dilatation pour atteindre 50 à 80 mm Hg à dilatation complète.
La différence entre pression maximale et tonus de base définit l'amplitude de la contraction.
Seule l'amplitude rend compte de l'efficacité de la contraction.
Les CU durent de 1 à 2 min (en moyenne 80 sec).
Elles constituent la force motrice permettant la formation du segment inférieur, la dilatation du col utérin et la progression du foetus dans le bassin, puis son expulsion hors des voies génitales.

3 MOYENS D'ÉTUDES DES CONTRACTIONS UTÉRINES

3.1 À l'examen clinique

Le corps utérin devient plus cylindrique, se rapproche de la paroi abdominale antérieure, se durcit progressivement empêchant de percevoir les parties foetales, rendant plus difficile la perception des bruits du coeur.
La palpation de l'utérus permet d'apprécier l'intensité et la durée des CU, ainsi que le relâchement utérin.
Après la contraction, l'utérus se relâche, permettant à nouveau de percevoir les parties foetales.

3.2 Les examens paracliniques

Tocographie :
Tocographie externe : électrode manométrique placée sur l'abdomen (utérus) de la parturiente et enregistre l'activité utérine.

Tocographie interne :
-Extra-amniotique : Un cathéter fin et souple rempli d'un soluté physiologique et connecté au transducteur est introduit par voie trans-vaginale et mis au contact des membranes.
-Intra-amniotique : soit trans-cervicale a membrane rompue ou trans-abdominale.

IV/Les anomalies de la contraction utérine :

Par défaut ou hypocinésies

Diminution de l'intensité, de la durée, ou de la fréquence des CU.
-Dans *l'hypocinésie d'intensité*, la pression amniotique reste inférieure à 20 - 30 mm Hg.
-Dans *l'hypocinésie de fréquence,* on constate une CU toutes les 10 min seulement : le problème est alors la durée du travail

Par excès ou hypercinésies

-Dans *l'hypercinésie d'intensité ou hypersystolie*, les pressions intra-amniotiques dépassent 80 mm Hg.

-Dans *l'hypercinésie de fréquence ou tachysystolie*, la fréquence des CU dépasse 5 par 10 min, mais le TB est normal.

-Les *hypercinésies totales* associant les 2 anomalies précédentes peuvent succéder à un excès de Syntocinon® ou révéler une dystocie mécanique.

▣ *En cas d'hypertonie plus hypercinésie*, *le tonus de base est anormal* (sup à 20 mmHg), il faut évoquer une disproportion fœto-pelvienne ou un DPPNI.

Hypercinésies et hypertonies perturbent évidemment les échanges fœto-placentaires avec risque de souffrance aiguë pour le fœtus et de rupture utérine pour la mère. Leur traitement doit être immédiat.

Etiologies :

Causes utérines :
Utérus malformé
Utérus porteur d'une lésion : myomateux, infection…
Utérus cicatriciel

Dyscinésie provoqué par un obstacle :
Cervical : fibrose…
Fœtal : macrosomie, PRT vicieuse
Osseuse : bassin
Ovulaire : PP, hydramnios
Tumoral : fibrome prævia…
Dyscinésie provoqué par l'accoucheur :
Rupture intempestive de la poche des eaux
Utilisation inadéquate d'ocytocique, ou d'analgésique.
Dysgénésie neurovégétative : agitation

Conséquences :

Sur la mère :
épuisement maternel
rupture utérine
infection amniotique
hémorragie de la délivrance

sur le fœtus :
souffrance fœtale
mort in utéro

sur la durée de travail :
travail anormalement long
travail anormalement court : lésion des parties molles maternelles et certains accidents fœtaux (lésion cérébro-méningée).